



Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för hälsa

VISA ATT DU BRYR DIG!

ATT BELYSA KVINNORS UPPLEVELSE AV SJUKVÅRDSPERSONALENS STÖD VID
MISSFALL

Selvira Zajic

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
VO1303
Sjuksköterskeprogrammet
Mars 2012

Handledare: Stina Valdenäs
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

VISA ATT DU BRYR DIG!

ATT BELYSA KVINNORS UPPLEVELSE AV SJUKVÅRDSPERSONALENS STÖD VID MISSFALL

SELVIRA ZAJIC

Zajic, S. Att belysa kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonalens stöd vid missfall. En litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2012.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Det är vanligt med missfall i tidig graviditet och cirka 15 % av alla graviditeter avslutas med ett missfall de första 12 veckorna. Kvinnor upplever stor sorg vid missfall och sjukvårdspersonalens stöd har en stor inverkan på patienternas upplevelse. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa kvinnornas upplevelse av sjukvårdspersonalens stöd vid missfall.

Metod: Den metod som användes var en litteraturstudie med granskning av artiklar med kvalitativ metod. Analysen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre kategorier empati, brist på omsorg och information. Majoriteten av kvinnorna upplevde att personalen inte visade empati och de kände sig ensamma och lämnade av sjukvårdspersonalen. Brister i informationen och förklaringar kunde också ses. **Slutsats:** Det fanns brister i stödet som gavs till kvinnor vid missfall. Det bristande stödet resulterade i ett lidande och en dålig vårdupplevelse. Vidare forskning bör göras för att en förbättring ska se i hur sjukvårdspersonalen stödjer kvinnor som genomgår missfall.

Nyckelord: Missfall, Omvårdnad, Sjukvårdspersonal, Stöd

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Missfall	1
Stöd	2
Stöd vid missfall	3
Teoretisk referensram	4
SYFTE	4
METOD	5
Datainsamling och urval	5
Analys	5
RESULTAT	6
Empati	6
<i>Sjukvårdspersonalen visade inte empati</i>	6
<i>Sjukvårdspersonalen visade empati</i>	7
Brist på omsorg	7
<i>Fysiska och emotionella behov möttes inte</i>	7
<i>Kvinnorna lämnades ensamma</i>	8
<i>Missfallet bekräftades inte</i>	8
Information	8
<i>Förklaringar gavs</i>	8
<i>Information gavs på fel sätt</i>	8
<i>Informations brist</i>	9
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
Slutsats	12
REFERENSLISTA	13
BILAGEFÖRTECKNING	16

INLEDNING

Ett missfall kan vara psykiskt påfrestande för kvinnan. Många gånger ser inte samhället missfall som något dödsfall, men det har visat sig att många kvinnor känner att deras ofödda barn dött vid missfallet (Defrain, Millsbaugh & Xie, 1996). Kvinnorna får många gånger inte svar på frågan om vad det var som orsakade missfallet, kvinnor som genomgått ett missfall får istället själva bilda sig en egen uppfattning om varför missfallet uppstod, detta kan leda till att kvinnor skuldsätter sig själva som orsak till att missfallet uppstod. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen är medvetna om informationens betydelse i mötet med patienter som genomgår ett missfall så att de inte förorsakar ytterligare ett lidande (Defrain et al., 1996). Det har visat sig att hälso- och sjukvårdens stöd under och efter ett missfall har en stor inverkan på kvinnors psykiska hälsa och hur de senare förhåller sig till förlusten av sitt barn (Conway, Russell, 2000).

BAKGRUND

Det är en stor omställning i livet för kvinnan då hon blir gravid. Många nya tankar och funderingar uppstår kring graviditeten och det framtida barnet. De tre första månaderna är då fostret utvecklas och risken för missfall är som störst. Kvinnor upplever en stor sorg när den önskade graviditeten resulterar i ett missfall. Många kvinnor beskrev att i samband med deras missfall upplevde de en förlorad kontroll över sin kropp (Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004). Det är naturligt att bygga upp förhoppningar om framtiden med ett barn och när missfallet introduceras så kan hela framtidsplanen försvinna och lämna ett spår av tomhet. När orsakerna till missfall inte är kända söker många kvinnor orsaker själva, i form av deras livsstil, stress, rökning, mat och psykisk hälsa. Det leder senare till ett lidande och en stor ångest hos kvinnan när hon skuldsätter sig själv, sjukvårdspersonalens roll i att förmedla informationen om missfallet spelar här en stor roll (Adolfsson et al., 2004).

Missfall

Av alla kända graviditeter slutar ca 15 % i missfall under de första 12 veckorna (Hovatta & Landgren, 2002). White och Bouvier (2005) menar att gränsen mellan barn och foster dras vid 20 graviditetsveckor eller om fostret väger mer än 500 gram, Socialstyrelsen (2010) anser däremot att det räknas som dödfött barn om det förloras efter 22 graviditetsveckor. Gränsen har dragits eftersom att barn innan vecka 22 inte kan klara sig utanför livmodern, alla förlorade barn innan vecka 22 räknas som foster (Socialstyrelsen, 2010). Den vanligaste orsaken till att missfall uppstår är att det är något fel på fostret. Det är vanligt med kromosomavvikelser, och i hälften av alla embryon finns det kromosomfel. Kromosomavvikelser leder oftast till att ett missfall uppstår tidigt i graviditeten, men i vissa fall uppstår missfallet längre in i graviditeten. Det blir vanligare med kromosomfel med stigande ålder hos kvinnan vilket kan förklaras med att äldre kvinnor oftare får missfall. Risken att få ett missfall efter att genomgått ett missfall är 15 % precis som förra graviditeten (Hovatta & Landgren, 2002). Symtomen på missfall är oftast en blödning och sammandragningar av livmodern. Det är ofta då kvinnor söker sig till sjukvården, genom en ultraljudsundersökning kan ett missfall ses (Weström, Åberg, Andersson & Andersson, 2005). Förlusten av ett foster kan vara emotionellt påfrestande för kvinnor, det är speciellt påfrestande för att de många gånger måste föda ut fostret (Matthew, 2007). Kvinnor som genomgår ett missfall ska registreras som gynekologiska patienter och vårdas på en gynekologisk avdelning (Weström et al., 2005). Det kan upplevas som psykiskt tungt då graviditeten avslutas med ett missfall och för många kvinnor tar det lång tid att återhämta sig efter det. Förlusten av fostret kan förorsaka en sorg som kvinnan måste genomleva. Det kan vara lättare att bearbeta sorgen över den förlorade graviditeten om kvinnan samtalar med

vårdpersonal, familj eller vänner (Hovatta & Landgren, 2002). Många kvinnor lägger skulden på sig själva vid missfall, det kan handla om saker i deras livsstil som de anser är faktorer som orsakat ett missfall, t.ex. något de ätit, fysisk aktivitet eller att det är något fel på deras kropp. Kvinnorna skapar tidigt ett band med det växande fostret i magen och ett missfall kan många gånger upplevas som ett stort lidande som påverkar stora delar av kvinnans liv. Sjukvårdspersonalens stöd är viktigt och spelar en stor roll vid ett missfall då många kvinnor genomgår en fysiskt och psykiskt tung period (Abboud & Liamputtong, 2003).

Stöd

Stöd definieras som emotionell hjälp och ett skydd som ges till andra människor som befinner sig i en form av lidande. Stöd ska ge ett skydd som hjälp till människor för att minska det lidande de går igenom. För att kunna ge stöd krävs en social kompetens och engagemang av givaren för att uppnå en god relation med mottagaren (Langford, Bowsher, Maloney, & Lills, 1997). Langford et al. (1997) beskriver stöd i fyra olika kategorier, det emotionella stödet, det instrumentella stödet, det informativa stödet och det uppskattande stödet. Det emotionella stödet handlar om att bry sig om den andra personen, visa empati kärlek och tillit. Det emotionella stödet anses vara det viktigaste för att en god relation ska uppstå.

Sjukvårdspersonalen kan förmedla det emotionella stödet genom att visa empati, respekt, omsorg och trygghet (Langford et al., 1997). Det instrumentella stödet är en fysisk interaktion mellan två personer. Ett instrumentellt stöd ges via olika materiella ting och verktyg för att stötta den andra personen, det kan också vara en assistans för att hjälpa någon annan.

Informativt stöd ges när den andra personen genomgår en form att stressad situation.

Informationsstödet är viktigt då det gäller att informera den andra personen så att han eller hon ska förstå och kunna bearbeta den situation han eller hon befinner sig i (Langford et al. 1997). Sjukvårdspersonalen kan använda sin informations givning i ett sätt att stödja kvinnan till en problemlösning i den lidande situationen vid missfall (Langford et al. 1997). Det har visat sig att det finns brister i det informativa stödet som ges på sjukhusen. Hälso- och sjukvårdens stöd har en stor inverkan på kvinnors psykiska hälsa och hur de bearbetar förlusten (Conway & Russell, 2000). Den sista kategorin är det uppskattande stödet och det ges via kommunikationen med mottagaren. Via kommunikationen kan sjukvårdspersonalen stödja och främja utveckling av självförtroende och självkänsla. Stöd kan leda till känslor av att tillhöra en gemenskap, vara älskad, vara behövd och att vara accepterad (Langford et al. 1997). Stöd är effektivt eftersom att det kan leda till en hälsosam bearbetning av den lidande situationen, därför är sjukvårdspersonalens stöd viktigt vid mötet med kvinnor som genomgår ett missfall. Stöd kan också leda till en minskning av depressionssymtom, bättre personlig kompetens samt att tiden på den lidande situationen minskar. Stöd leder till en positiv psykisk hälsa, välmående och en känsla av tillfredsställelse. Ett bättre psykiskt välmående kan förklaras genom att personen som fått stödet får en känsla av kontroll över situationen (Langford et al. 1997). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen stödjer kvinnor som genomgår ett missfall. Sjukvårdspersonalens stöd kan hjälpa kvinnorna att bearbeta sitt missfall och finna en mening efter missfallet. Stödet som ges kan hjälpa kvinnor som genomgår ett missfall att förstå sin situation bättre därmed kunna fortsätta med sitt liv, det kan också underlätta känslorna för planering av en framtida graviditet. Det har visat sig att kvinnor som erbjuds stöd lättare kan förhålla sig till missfallet samt att det kan minska skuld-känslor och depression som kan uppstå efter missfallet (Wojnar, Swanson & Adolfsson, 2011; Evans, Lloyd, Considine & Hancock, 2002). En förlust av en graviditet kan förorsaka ett lidande, lidandet måste ses och ges utrymme så att människan kan lida ut. Om inte lidandet tas på allvar kan patienten få ett vårdlidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Vårdlidande kan vara att bli förnekad som en lidande människa, det är viktigt att sjukvårdspersonalen arbetar för att undvika att det vårdlidande uppstår. Ett vårdlidande kan

uppstå då sjukvårdspersonalen agerar med ett omedvetet handlande, har bristande kunskap och avsaknad av reflektion. Vårdrelationen utgör grunden för ett vårdlidande. Sjukvårdspersonal kan ibland tycka att det är svårt att skapa en bra vårdrelation då arbetssituationen är tidsmässigt pressad (Dahlberg et al., 2003). Sjukvårdspersonal möter patienter som genomgår en kris och har en inre oro, därför är det viktigt med ett bra stöd som visar omtanke och empati. Idag har sjukvårdspersonal svårt att hitta tid i den stressade sjukhusmiljön för att kunna ge det optimala stödet som krävs för till kvinnor som genomgår missfall (Defrain et al., 1996).

Stöd vid missfall

Kvinnor som har ett misstänkt missfall blir skickade till akuten där de får vänta länge och i vissa fall i flera timmar eftersom att de inte prioriteras lika högt som andra allvarliga skador. Många kan uppleva det som en lång väntetid då de bara vill få svar på om graviditeten är normal. Sjukvårdspersonalens stöd är viktigt för att lugna kvinnorna och ge dem information om att ett påskyndande av arbetsprocessen på akuten inte kan hindra ett pågående missfall (Adolfsson et al., 2004). Det har visat sig att kvinnor som är gravida upplever att det är ett barn i magen och inte ett embryo eller ett foster som många läkare och sjuksköterskor ibland säger (Adolfsson et al., 2004). Det är viktigt att sjukvårdspersonal är medvetna om att kvinnan uppfattar det växande fostret i magen som ett barn så att de inte orsakar mer lidande för patienten då de säger att barnet i magen är ett foster och inte ett barn (Adolfsson et al., 2004). De flesta som genomgått ett missfall ser sig själva som sörjande föräldrar vars barn har dött, därför blir de illa bemötta då sjukvårdspersonal ger dem råd om att glömma missfallet och försöka på nytt. Kvinnor upplevde det som kränkande när sjukvårdspersonal sa åt dem att skaffa ett nytt barn efter missfallet, detta visar på att sjukvårdspersonalens kommentarer kan påverka kvinnorna negativt (Matthew, 2007; Defrain et al., 1996). Känslor som uppstår vid ett missfall är besvikelse, förlust och svaghet. Kvinnor uttrycker att de skulle vilja ha mer tid för att sörja ett missfall (Adolfsson et al., 2004). Det har visat sig att sjukvårdspersonal många gånger inte svarar på frågor om varför missfallet uppstod, det leder till att kvinnorna skuldsätter sig själva för missfallet. Det kvinnorna behöver vid ett missfall är empati, förståelse och en känsla av att sjukvårdspersonalen har tid för dem. Kvinnor som varit inne på sjukhus vid deras missfall upplevde att sjukvårdspersonalen inte gav god omvårdnad och att de bara kom in då det var dags för rutinmässiga kontroller, de kände att sjukvårdspersonalen inte brydde sig om dem och deras förlorade barn (Defrain et al., 1996).

Abboud och Liamputtong (2005) visade att informationen som gavs på sjukhus var viktig. Kvinnor uppskattade ett informativt stöd i samband med deras missfall, när information gavs och de fick en kunskap om missfall hjälpte det dem att finna en styrka i att få kontroll över situationen, då de visste vad som skulle ske och vad de kunde förvänta sig av det som sker (Abboud & Liamputtong, 2005). Många män vars fruar genomgått ett missfall önskade att de kunde få mer information angående missfallet så att de kunde finnas till stöd där för sin partner. Det är således viktigt att informera båda föräldrarna då den andra partnern kan hjälpa kvinnan i sitt lidande. Många kvinnor som får sitt första missfall vet inte alltid vad det innebär att genomgå ett missfall. Det kan vara så att de bara har hört talas om det men inte riktigt känt till betydelsen av det eller vilka förändringar det innebär, därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen finns till hands och stödjer patienterna på ett bra sätt med information och förklaringar (Abboud & Liamputtong, 2005). Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal i sitt sätt att stödja patienterna informerar om vad behandlingen går ut på och omständigheterna runt om eftersom att patienterna är beroende av sjukvårdspersonalens kompetens (Socialstyrelsen, 2011). Sjukvårdspersonal ska ge individanpassad information för

att patienten själv ska kunna ta ställning i sin vård och förstå vad som händer. Sjukvårdspersonalen har inga speciella riktlinjer i hur de ska bemöta och stödja patienter som genomgår ett missfall, det är därför viktigt att de själva utvecklar sin kompetens genom att leta information i rapporter och vetenskapliga artiklar (Socialstyrelsen 2011). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen arbetar utifrån ett personcentrerat arbetssätt där patientens behov prioriteras. Ett personcentrerat arbetssätt har en betydelse för vårdens resultat och hur patienten upplever tillfredställelsen med vården (Socialstyrelsen, 2011). För att utföra personcentrerad vård krävs kunskap, handling, förutsättningar och uppföljning av sjukvårdspersonal. Sjukvårdspersonalen ska ge patienten chans att göra prioriteringar och fatta egna beslut. Det är viktigt att sjukvårdspersonalen stödjer patienten i den roll han eller hon befinner sig i (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Efter ett avbrytande havandeskap oavsett om det är en planerad abort eller ett spontant missfall, ska kvinnan erbjudas stödsamtal och den som är ansvarig på verksamheten ska se till att erbjudandet om stödsamtal lämnas (Svensk författningssamling [SFS], 1974: 595).

Teoretisk referensram

Joyce Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmännsliga aspekter handlar om att förstå vad omvårdnad är. För att förstå vad omvårdnaden har för funktion, så behövs en närmare titt på vad som sker i interaktionen mellan en patient och en sjuksköterska. Med sin teori ville Travelbee (1971) förklara hur interaktionen ser ut och vad den kan ha för konsekvenser för patientens välmående. Travelbee (1971) betonar att varje människa är en unik person, och varje kvinna som genomgått ett missfall sörjer missfallet, men eftersom att alla är unika människor visar dem det på sitt egna sätt (Travelbee, 1971; Adolfsson et al., 2004). Alla människor kommer någon gång under sin livstid att uppleva lidande, sjukdom och förlust men det är människans egen upplevelse av känslorna som är unika. Travelbee (1971) hävdar att människor reagerar olika på lidande, ett lidande uppstår vid någon sorts av förlust i livet eller någon sjukdom. En person som upplever ett lidande bör finna mening i detta, det är bara den som lider som kan hitta meningen själv, för att lidandet har ett ursprung i individen och inte i själva situationen. Människorna behöver däremot hjälp med att hitta en mening i sitt lidande, syftet med omvårdnaden är att bidra med denna hjälp i form av stöd. Allt har sin grund i interaktionen med patienten och det är sjuksköterskans uppgift att etablera den mellanmännsliga relationen. Travelbee (1971) menar att relationen ska gå igenom olika faser för att uppnå en mellanmännslig relation. Faserna är det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och en ömsesidig förståelse och kontakt. Empati hjälper sjuksköterskan att förstå patientens känslor av lidandet. Utan empati kan inte sympati uppstå. Sympati är inte att tycka synd om patienten, sympati är att visa patienten att han eller hon inte bär på sorgen ensam. Det är sjuksköterskans uppgift att stödja patienten i att hitta hopp och en mening i den lidande situationen för att patienten ska kunna bearbeta lidandet. Travelbee (1971) betonar innebörden av kommunikationen, målet med kommunikationen är för en sjuksköterska att lära känna patienten, att möta de omvårdnadsbehov patienten har och att behandla patienten med omvårdnad (Travelbee, 1971). Det är viktigt att sjuksköterskan skapar en god relation med kvinnan som genomgår ett missfall eftersom att det kan påverka kvinnans upplevelse av vården och av själva minnet från missfallet senare, om god vård ges kan minnet av ett obehagligt missfall lindras något. Sjukvårdspersonal ska stödja kvinnor som genomgår ett missfall med empati, förståelse och bekräftelse för att de lättare ska bearbeta händelsen och för att inte förorsaka ännu ett lidande (Defrain et al., 1996).

SYFTE

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonalens stöd vid ett missfall.

METOD

En litteraturstudie där sju vårdvetenskapliga artiklar med kvalitativ metod användes. En litteraturstudie används för att kritiskt sammanställa tidigare forskningsresultat för att kunna identifiera ett forskningsproblem (Polit & Beck, 2008). Kvalitativa metoder ger ett beskrivande och förklarande resultat som ger en fördjupning av de mänskliga upplevelserna som har undersökts (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonalens stöd vid ett missfall och därför valdes att granska artiklar med kvalitativ metod då de har en beskrivande data av mänskliga upplevelser (Olsson & Sörensen, 2007).

Datansamling och urval

Databaserna Medline, Cinahl och Psycinfo användes för sökning av relevant litteratur. Databaserna var användbara i studien eftersom att de innehåller artiklar som beskriver omvårdnaden, vilket är relevant till problemområdet i undersökningen. Mesh termer som användes i sökningarna i Medline och Cinahl var Abortion, Spontaneous , Nurse- Patient Relations, Communication, Nursing care, Women's health services, Nursing och Social support. De sökord som inte kunde hittas som Mesh termer var Support, Psychological, Personal loss och life experience dessa hittades däremot i Cinahl headings och användes i databasen Cinahl. I Psycinfo användes sökorden Experience och Emotional support som fritextsökning eftersom att relevanta artiklar var svårt att hitta. Fritextsökning ökar sensitiviteten och bruset i sökningen då alla referenser som innehåller sökordet inkluderas (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). I Psycinfo användes Nurs* också som en fritextsökning, Nurs* trunkerades och det innebär att alla referenser med olika ändelser med Nurs i början inkluderas. Sökorden kombinerades med de booleska sökoperatorerna OR och AND (Bilaga 1). Sökoperatör OR kombinerar en eller flera sökord så att alla referenser som innehåller något utav sökorden visas som träffar. Sökoperatör AND avgränsar sökningen något genom att hitta referenser som innehåller båda två sökorden i samma referens (Willman et al., 2006).

Inklusionskriterier i studien var artiklar som var publicerade från år 2000 till och med år 2011, tidigare publicerade artiklar exkluderades från studien då nyare forskning efterfrågades. Språket i artiklarna var på engelska, svenska och norska då dessa språk behärskades. Artiklarna var Peer Reviewed vilket innebär att de har granskats av personer med kunskap inom området innan de har blivit publicerade (Willman et al., 2006). Exklusionskriterier i studien var planerad abort och missfall efter vecka 22. Det räknas som dödfött barn och inte som ett foster om missfallet sker efter vecka 22 (Socialstyrelsen, 2010). Artiklarna kvalitetsbedömdes enligt Willman et al. (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (Bilaga 2). Protokollet tilldelades procent poäng utifrån de 14 ja och nej frågorna. Då positivt svar kunde hittas i alla frågorna kvalitetsbedömdes artikeln med 100%. Hög kvalitet fick de artiklar som hade >85 %. Medel kvalitet fick de artiklar som hade > 70 % och låg kvalitet var de som hade <70 %. Artiklar med låg kvalitet exkluderades från studien.

Analys

Analysen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av en innehållsanalys. Sju vårdvetenskapliga artiklar analyserades genom att först läsa igenom artiklarna noga ett flertal gånger för att kunna få en helhetsbild av materialet. Därefter plockades olika meningsbärande enheter ur texterna som svarade på studiens syfte, de olika meningsbärande enheterna kondenseras till en mindre sammanfattning där det väsentliga innehållet fortfarande fanns kvar. Koder skapades utifrån de kondenserade meningsenheterna, koderna kontrollerades senare för att försäkra att inget väsentligt innehåll gått förlorat från de ursprungliga meningsbärande enheterna. Därefter sammanfördes de olika koderna som hörde ihop och bildade kategorier och underkategorier. Kategorierna bildade rubriker i

resultatredovisningen för att läsningen skulle bli så strukturerad som möjligt (Graneheim & Lundman, 2004). Ett exempel på analysförfarande går att hitta i bilagorna (Bilaga 3).

RESULTAT

Analysen resulterade i tre kategorier med flera underkategorier. Kategorierna som kom fram var empati, brist på omsorg och information. Kategorierna och underkategorierna redovisas som rubriker i resultatet. Vilka kategorier och tillhörande underkategorier som finns med redovisas i tabellen nedan.

Kategorier	Underkategorier
Empati	Sjukvårdspersonalen visade inte empati
	Sjukvårdspersonalen visade empati
Brist på omsorg	Fysiska och emotionella behov möttes inte
	Kvinnorna lämnades ensamma
	Missfallet bekräftades inte
Information	Förklaringar gavs
	Information gavs på fel sätt
	Informations brist

Empati

Sjukvårdspersonalen visade inte empati

Många kvinnor klagade över bristen på empati hos sjukvårdspersonalen, de tyckte att personalen gav okänslig och osympatisk vård (Corbet-Owen & Kruger, 2001). En patient återberättade att det bara var en utav sjukvårdspersonalen som var snäll mot henne, de andra såg henne bara som en medicinsk procedur och visade ingen empati (Rowlands & Lee, 2010). Vården var överlag osympatisk enligt en patient (Corbet-Owen & Kruger, 2001). En annan patient tyckte att sjuksköterskan som vårdade henne var väldigt okänslig, hon tyckte att sjuksköterskor borde vara väldigt känsliga och empatiska (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Överlag var bristen på empati en negativ faktor i vården, läkaren som vårdade en patient var väldigt nonchalant, patienten som blev vårdad av läkaren tyckte att det hade hjälpt henne om hon hade haft en omtänksam och empatisk läkare istället (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Flera kvinnor uttryckte att sjukvårdspersonalen inte var snälla mot dem (Rowlands & Lee, 2010). Ett ämne som kom upp i flera utav studierna var personalens okänsliga kommentarer. Många kvinnor var arga på grund utav de okänsliga kommentarerna de fick av sjukvårdspersonalen (Rowlands & Lee, 2010). Patienter tyckte att de kommentarer de fick av sjukvårdspersonalen om missfallet visade brist på empati (McCreight, 2008). Sjukvårdspersonalen kommenterade att missfall var en vanlig händelse och att många kvinnor gått igenom samma sak, detta var inget kvinnorna ville höra eftersom att det var en personlig upplevelse som de gick igenom och de ville inte bli jämförda med andra kvinnor

som gått igenom samma sak (Wong, Crawford, Gask & Griniyer, 2003). En kvinna berättade att en utav sjukvårdspersonalen kommenterade att hon inte förlorat ett barn utan att det var en klump celler hon gått miste om, detta kändes jobbigt att höra för kvinnan eftersom att hon upplevde att det var ett barn hon hade förlorat (Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia, 2007). När sjukvårdspersonalen kallade missfallet för spontan abort så upplevde kvinnorna det som att sjukvårdspersonalen antydde att de själva hade orsakat förlusten (McCreight, 2008). En kvinna förklarade att sjukvårdspersonalen hade kommenterat hennes vikt och sagt att det kan vara hon som orsakat missfallet på grund av sin övervikt, denna kommentar fick kvinnan att uppleva skuld och depression efteråt (McCreight, 2008). En annan kvinna berättade att sjukvårdspersonalen började skrika och skälla på henne och sa åt henne att lugna ner sig, kvinnan upplevde det som en hemsk upplevelse (Corbet-Owen & Kruger, 2001). En kvinna beskrev att sjukvårdspersonalen inte brydde sig om henne, hon kände att de stressade med hennes vård (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

” They didn’t care... their attention was with the other mothers who had babies... just always hurried with me” (Corbet- Owen & Kruger, 2001, s421).

Sjukvårdspersonalen visade empati

Det fanns kvinnor som upplevde att personalen var empatisk, speciellt sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna var omtänksamma och brydde sig om patienten, de förstod vad patienterna gick igenom. En patient berättade att de sjuksköterskor hon träffade sörjde med henne och en del sjuksköterskor var riktigt förkrossade över kvinnans missfall (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Kvinnorna upplevde en god omsorg då sjukvårdspersonalen fanns där för dem, samtalande med dem och gav dem hopp (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Flera kvinnor hade ett totalt förtroende för sjukvårdspersonalen och trodde på dem. En kvinna uttryckte att hennes gynekolog var som en fader till henne då hans fanns där för henne och betedde sig mänskligt (Corbet-Owen & Kruger, 2001). När sjukvårdspersonalen lade ner tid i den omsorg som gavs och när de fick kvinnorna att känna sig speciella hade det en positiv effekt på dem (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

”the comfort he gave me... (he) said to the nurses: ... ”special treatment for this one”” (Corbet-Owen & Kruger, 2001, s421).

En kvinna upplevde en god omsorg när en sjuksköterska uppmärksammade de emotionella känslorna hon hade och fanns där för henne (Rowlands & Lee, 2010). Styrkan hos sjukvårdspersonalen ansågs vara när de var förstående och inte nedvärderade patienternas emotionella sidor (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Det betydde mycket för kvinnorna när sjukvårdspersonalen visade vänlighet och de värdesatte vården de fick mycket högre om sjukvårdspersonalen visade empati (Rowlands & Lee, 2010). Genomlag var det viktigt för kvinnorna att sjukvårdspersonalen var empatisk och visade tydligt för kvinnorna att de inte var ensamma i sin sorg (Gerber-Epstein et al., 2009).

” My GP has been very understanding and great help when needed” (Wong et al., 2003, s701).

Brist på omsorg

Fysiska och emotionella behov möttes inte

Kvinnornas fysiska och psykiska behov möttes inte alltid (Wong et al., 2003; Murphy & Merrell, 2009). Sjukvårdspersonalen såg inte kvinnornas medicinska och personliga behov, det var som om de blev osynliga för sjukvårdspersonalen (McCreight, 2008). Sjukvårdspersonalen var inte medveten om patienternas fysiska och emotionella behov

(Rowlands & Lee, 2010), detta påverkade kvinnorna eftersom att de hade ett starkt behov av att deras känslor uppmärksammades (Corbet- Owen & Kruger, 2001). Flera kvinnor uttryckte att de ville att de emotionella behoven skulle prioriteras mycket högre (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Själva det medicinska arbetet som utfördes gjorde inte så mycket för att lindra oron och skuld känslorna hos kvinnorna därför var det viktigt för dem att få ett stöd från sjukvårdspersonalen där de lyssnade på dem (Mccreight, 2008). Det stöd kvinnorna ville ha var ett personligt stöd där sjukvårdspersonalen skulle utgå från kvinnornas egna upplevelser (Mccreight, 2008). Flera kvinnor ansåg att sjukvårdspersonalen varken hade tid eller en metodik för att hantera de känslor de gick igenom (Rowlands & Lee, 2010). Sjukvårdspersonalen mötte inte kvinnornas emotionella behov, de tyckte att sjukvårdspersonalen inte förstod de känslor de gick igenom (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

” You’ve got all these people at the hospital doing this and doing that but they don’t understand how you’re feeling” (Wong et al., 2003, s700).

Kvinnorna lämnades ensamma

Kvinnorna ville att sjukvårdspersonalen skulle tillbringa mer tid hos dem och stödja dem i den sorg de gick igenom, de ville att sjukvårdspersonalen skulle finnas där för dem (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009). Kvinnorna kände sig ofta ensamma och lämnade utav sjukvårdspersonalen, de kände att ingen brydde sig om dem (Corbet-Owen & Kruger, 2001). Några kvinnor berättade att sjukvårdspersonalen inte sågs till och att de inte kom in till deras rum för att samtala, det lämnade en känsla av ensamhet (Murphy & Merrell, 2009). Flera kvinnor tyckte att de blivit lämnade att själva försöka finna en mening i det lidande de gick igenom, sjukvårdspersonalen hjälpte inte till (Frost et al., 2007). Kvinnorna fick ta tag i sin egen vård och de fick själva be om vidare vård, det gav dem en känsla av att ingen brydde sig efteråt (Wong et al., 2003).

Missfallet bekräftades inte

Kvinnorna uttryckte att de upplevde brist på bekräftelse av sjukvårdspersonalen, själva missfallet uppmärksammades inte tillräckligt (Rowlands & Lee, 2010). Det var en stor händelse för kvinnorna att genomgå ett missfall och när sjukvårdspersonalen inte bekräftade eller uppmärksammade själva missfallet upplevdes detta som negativt (Rowlands & Lee, 2010). När sjukvårdspersonalen inte bekräftade missfallet upplevde kvinnorna detta som att sjukvårdspersonalen inte brydde sig och att de ignorerade dem (Mccreight, 2008). Det fanns ett behov bland kvinnorna att få missfallet och upplevelsen av det mer värderad och prioriterad utav sjukvårdspersonalen, kvinnorna ville att missfallet skulle uppmärksammas mer (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

Information

Förklaringar gavs

En mindre grupp kvinnor upplevde att sjukvårdspersonalen förklarade allt för dem (Corbet-Owen & Kruger, 2001). En kvinna uttryckte att läkaren verkligen ägnade tid åt att förklara för henne att det inte var hon som hade orsakat missfallet (Frost et al., 2007). De kvinnor som fick det förklarat för sig och som tog till sig de medicinska förklaringarna kunde uppleva att något positivt kom ut ur händelsen (Frost et al., 2007). När kvinnor hade fått en bra förklaring och när detta diskuterats så lämnade det en känsla av kontroll över situationen (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

Information gavs på fel sätt

Flera kvinnor upplevde att sjukvårdspersonalen var abrupt när de gav dem information om att deras barn hade dött (Mccreight, 2008). En patient berättade att hennes läkare bara mumlade

fram lite information och sedan gick ut ur rummet, han försäkrade sig inte om att hon hade förstått informationen som gavs, kvinnan fick fråga sjuksköterskan om vad läkaren precis hade sagt (McCreight, 2008). Det var viktigt att sjukvårdspersonalen gav information vid rätt tillfälle, en kvinna uttryckte att hon hade fått informationen alldeles för tidigt hon kunde därför inte ta till sig något av informationen som gavs eftersom att hon var i chock (Wong et al., 2003). En kvinna påpekade att mycket att informationen som gavs gjordes via en-vägs kommunikation (McCreight, 2008).

Informations brist

Det framkom att flera kvinnor inte var nöjda med den mängd information de fick och ansåg att det var en brist (Rowlands & Lee, 2010). En kvinna hade sagt att det inte fanns någon utav sjukvårdspersonalen som gav information och förklarade den för henne. Sjukvårdspersonalen informerade inte om vad som skulle göras och om hur situationen såg ut (Rowlands & Lee, 2010). Informationsbristen ledde till flera ångestsymptom och till en känsla av en dålig vårdupplevelse bland kvinnorna. En kvinna uttryckte att hon ville ha svar på frågor som ingen kunde svara på åt henne (Wong et al., 2003). Kvinnorna fick i många fall själva leta fram information eftersom att den aldrig gavs i den utsträckning de behövde (Rowlands & Lee, 2010). Förklaringar om missfallet och om vårdrutinerna saknades, kvinnorna kände sig förvirrade när de inte fick det förklarat för sig vad som pågick eller vad som skulle hända. Bristen på förklaringar ledde till känslor av ilska och förvirring (Wong et al., 2003). Kvinnorna önskade att de hade fått förklaringar eftersom att de ansåg att det hade hjälpt dem att bearbeta det som har hänt (Wong et al., 2003). Många kvinnor ville att sjukvårdspersonalen skulle förklara för dem varför deras barn hade dött och vad som hade orsakat missfallet, många gånger fick de inte detta förklarat för sig (Corbet-Owen & Kruger, 2001; Wong et al., 2003). En kvinna berättade att hennes läkare ignorerade hennes frågor då hon frågade efter en förklaring av de medicinska termer han precis hade sagt (Gerber- Epstein et al., 2009).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelse av sjukvårdspersonalens stöd vid missfall. Studien var en litteraturstudie med granskning av vårdvetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. En litteraturstudie kan ge ett brett resultat då resultatet kan hämtas från många olika empiriska studier, därför gjordes valet att göra en litteraturstudie (Olsson & Sörensen, 2007). Artiklar som använde sig av en kvalitativ metod valdes eftersom att de hade en beskrivande data av mänskliga upplevelser vilket efterfrågades i studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2007). Alla artiklar som inkluderades i studien skulle vara intervjustudier med patienternas beskrivningar av sina upplevelser för att komma nära kvinnornas egna upplevelser av sjukvårdspersonalens stöd. Intensionen i början av studien var att belysa kvinnors upplevelse av sjuksköterskans stöd, men det var svårt att utläsa vilka personalkategorier patienterna pratade om därför ändrades studiens syfte från sjuksköterskan till sjukvårdspersonal. Inklusionskriterie i studien valdes eftersom att det var en hjälp vid sökningen för att finna lämpliga artiklar som svarade på syftet (Willman et al., 2006). Ett Inklusionskriterie i sökningarna var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska eller norska, detta kan ha medfört att värdefulla artiklar som var skrivna på ett annat språk inte inkluderades.

Sökningar gjordes i Cinahl, Medline och Psychinfo med sökord som kopplades till syftet. Om andra sökord hade använts kan resultatet möjligtvis framträtt på ett annat sätt, men vid tidpunkten av sökningarna ansågs sökorden täcka ett tillräckligt stort område för att hitta

relevanta träffar. Sökorden kombinerades med booleska sökoperatörer OR och AND för att utöka och begränsa sökningarna (Willman et al., 2006). De flesta artiklar som hittades återfanns i databasen Cinahl, flera artiklar återkom i en senare sökning i Medline vilket kan förklaras med att datamättnad uppstod (Willman et al., 2006). Det gjordes en sökning i Psycinfo för att utöka sökningen ytterligare. En manuell sökning gjordes också efter att ha läst en del artiklar och tittat på deras referenslista, manuell sökning kompletterar den elektroniska databassökningen vilket är en styrka (Willman et al., 2006). När sökningarna kändes mättade med de träffar som funnits lästes titeln och abstraktet på artiklarna igenom och därefter valdes relevanta artiklar ut .

Sammanlagt valdes 13 artiklar ut för vidare läsning och kvalitetsgranskning. Efter en närmare titt på artiklarna så exkluderades 3 artiklar av kvantitativ metod eftersom att de inte kunde svara på syftet i den bemärkelse syftet till denna studie är ute efter. Resterande artiklar kvalitetsgranskades enligt Willman et al. (2006) kvalitetsprotokoll för artiklar av kvalitativ metod. Frågorna i kvalitetsprotokollet tilldelades en viss procent utifrån de 14 ja och nej frågorna. Hög kvalitet fick de artiklar som hade >85 %, medel kvalitet fick de artiklar med >70 % och av låg kvalitet var de artiklar som fick <70%. Artiklar av låg kvalitet valdes att inte ha med i studiens resultat. Kvalitetsgranskningen resulterade i 3 artiklar av låg kvalitet som exkluderades från studien. 7 artiklar återstod, 3 utav dessa var utav hög kvalitet och 4 artiklar hade en medel kvalitet. Kvalitetsgranskning av artiklar är författarens egen bedömning av trovärdigheten av artiklarna, detta kan innebära att om en utomstående forskare hade granskat samma artiklar kan granskningen fått ett annat resultat. En kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes för att underlätta bedömningen av artiklarnas trovärdighet och relevans (Forsberg & Wengström, 2008).

Som analysmetod användes Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en innehållsanalys eftersom att den var tydligt formulerad och lättförståelig. I studien användes 7 artiklar som resultatet är baserad på, fler än 7 artiklar som svarade på studiens syfte kunde inte hittas vilket kan vara en svaghet och minska trovärdigheten av resultatet. Samtidigt visar detta att det inte finns tillräckligt med forskning inom området och därför är det viktigt att det här området lyfts fram. Analysen startade med att de 7 vetenskapliga artiklarna noga lästes igenom, därefter valdes meningsbärande enheter ut ur artiklarnas resultat som svarade på studiens syfte. Senare kondenserades och kodades de meningsbärande enheterna och tilldelades tillslut olika kategorier och underkategorier. Det kan vara en nackdel att studien gjordes av en författare eftersom att diskussion inte kunde ske kring det analyserade materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Det är viktigt med en bedömning av huruvida kategorierna speglar intervju materialet i de analyserade studierna så att inte relevant information går förlorad (Graneheim & Lundman, 2004). Kategoriseringen av koderna upplevdes svårt eftersom att flera koder var lika varandra, därför fick analysen göras om ytterligare en gång till. Detta kan vara en styrka i studien eftersom att analysen har utförts noggrannare den andra analysomgången.

Alla artiklar som användes var skrivna på engelska, detta kan ha medfört att en del misstolkningar kan ha gjorts vid översättning från engelska och svenska. Det kan vara en nackdel men kontroller av vissa ord där osäkerhet fanns har gjorts via översättningsprogram och lexikon för att undvika misstolkningar. Genomförandet av innehållsanalysen resulterade i 3 kategorier och 8 underkategorier som beskrevs i resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att det fanns brister i det emotionella stödet som gavs genom att sjukvårdspersonalen inte visade empati. Sjukvårdspersonalen gav en okänslig och osympatisk

vård samt gav kvinnorna okänsliga kommentarer. Kong, Lok, Lam, Yip och Chung (2010) kom också fram till att kvinnor tyckte att sjukvårdspersonalen inte gav ett emotionellt stöd under sjukhusvistelsen vid missfall. Vidare styrks resultatet även av Simmons, Sigh, Maconochie, Doyle och Green (2006) som kom fram till att kvinnor upplevde brist på empati och engagemang av sjukvårdspersonalen. Resultatet styrka även av Brier (2004) som menar att bristen på ett emotionellt stöd var stort bland kvinnor som genomgått ett missfall. Paton, Wood, Bor och Nitsun (1999) kom fram till att det som upplevdes som mest otillfredsställande i vården var det emotionella stödet. Simmons et al. (2006) visade på att sjukvårdspersonalen inte visste hur de skulle stödja kvinnor som genomgår ett missfall, detta kunde bero på okunskap och osäkerhet bland sjukvårdspersonalen. Enligt Travelbee (1971) ska sjukvårdspersonal engagera sig och bygga upp en mellanmänsklig relation med patienten. Sjukvårdspersonalen ska visa empati och sympati ska därefter uppstå, om inte en mellanmänsklig relation skapas kan sjukvårdspersonalen förorsaka patienten ett ytterligare lidande (Travelbee, 1971). Langford et al. (1997) menar att ett emotionellt stöd är det viktigaste stöd som ges och att sjukvårdspersonalen ska förmedla ett emotionellt stöd genom att var empatiska och respektfulla i sitt bemötande. Defrain et al. (1996) visade att sjukvårdspersonalen gav kvinnorna okänsliga kommentarer och visade ingen empati, detta kan dras till studiens resultat vilket visar att det inte har skett en förändring i det stöd som ges till kvinnor som genomgår ett missfall sedan år 1996.

I resultatet kom det fram att flera kvinnor kände att sjukvårdspersonalen inte brydde sig om dem, kvinnorna blev lämnade ensamma och de fick själva hitta en mening i det lidande de gick igenom. Detta kan kopplas till Travelbee (1971) som menar att det är sjukvårdspersonalens uppgift att stödja patienten i att finna en mening i sitt lidande. Simmons et al. (2006) betonar tonvikten av hur viktigt det är att stödja kvinnor i att hitta en mening i lidandet eftersom att det hjälper kvinnorna att hantera skuld känslorna. Med hjälp av sjukvårdspersonalens stöd kan skuld känslor som följer ett missfall reduceras (Simmons et al., 2006). Adolfsson och Larsson (2010) menar att kvinnor sörjer ett missfall nästan på samma sätt som de sörjer ett dödsfall därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen är medvetna om detta och inte lämnar patienterna att känna sig ensamma. Adolfsson och Larsson (2010) styrker även resultatet då de visade att kvinnor kände sig ensamma och lämnade av hälso- och sjukvårdspersonal, det kan bero på att sjukvårdspersonalen upplever att de inte har tid för att stödja och samtala med patienterna. Kong et al. (2010) kom fram till att behovet av stöd vid missfall var stort men att sjukvårdspersonalen inte kunde tillgodose det behovet hos kvinnorna. Sjukvårdspersonalen tyckte däremot att de gav ett bra stöd och att de fanns där för patienterna, detta tyder på att patienterna och sjukvårdspersonalen inte ser på det stöd som ges på samma sätt (Kong et al., 2010). Geller, Psaros och Kornfield (2010) visade på att kvinnor kände att personalen inte brydde sig om dem och att de inte engagerade sig i att stödja kvinnorna genom missfallet, kvinnorna fick en känsla av att sjukvårdspersonalen skyndade sig med deras vård för att kunna lämna rummet fortare.

I resultatet framkom det att det var en brist på information och förklaringar som gavs under sjukhusvistelsen. Resultatet styrks av Defrain et al. (1996) som visade att kvinnor var missnöjda med informationen som gavs på sjukhus. Paton et al. (1999) visade däremot att de flesta kvinnor var nöjda med informationen som gavs men att de inte fick informationen förklarat för sig, detta kunde leda till att informationen upplevdes som bristfällig. Geller et al. (2010) visade att kvinnor hade svårt att ta till sig informationen som gavs eftersom att informationen gavs för tidigt. Geller et al. (2010) menar att informationen upplevdes som bristfällig eftersom att den gavs för tidigt och kvinnorna kan därför inte ta till sig all information. Simmons et al. (2006) tog också upp ämnet information och att det var viktigt att den gavs eftersom att bristen på information ledde till att patienterna senare skuldsatte sig

själva om de inte hade fått allt förklarat för sig. I SFS (1982:763) står det att patienterna ska ges individanpassad information om sitt hälsotillstånd och om olika metoder som finns för vård och behandling. Langford et al. (1997) menar att det informativa stödet är viktigt och borde ges för att patienten ska få en förståelse och kontroll över situationen kvinnan befinner sig i. Geller et al. (2009) menar att sjukvårdspersonalen gav kvinnorna förklaringar men att kvinnorna tyckte att förklaringen inte var acceptabel och att det var därför de inte ville ta till sig den, detta kunde leda till att de senare ansåg att det fanns en brist på förklaringar.

Slutsats

I studiens resultat framkom det att det fanns brister i det stöd som gavs av sjukvårdspersonalen. En stor brist var att sjukvårdspersonalen inte var empatisk och att de gav kvinnorna okänsliga kommentarer angående deras missfall. Brister i det informativa stödet kunde också ses i resultatet. Kvinnorna ansåg att de inte fick tillräckligt med information och att förklaringar inte gavs. Det bristande stödet kan leda till en förlängd bearbetningsprocess och ett förlängt lidande för kvinnan. Bristen på stöd kunde också framkalla ångestsymtom och en dålig vårdupplevelse. Bristen på stöd kan bero på sjukvårdspersonalens bristande kunskap, osäkerhet och den tidspressade sjukhusmiljön. För att en förbättring ska ske i det stöd som ges till kvinnor vid missfall bör sjukvårdspersonalen skaffa sig mer kunskap för att stärka sin kompetens och få en förståelse av stödets betydelse. Vidare forskning bör också göras för att se närmare på vad det är för faktorer som gör att stödet brister hos sjukvårdspersonalen.

REFERENSLISTA

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2003). Pregnancy loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work in Health Care*, 36, (3), 37-62.
- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, (1), 3-18.
- Adolfsson, A., Larsson, P-G., Wijma, B., & Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25, 543-560.
- Adolfsson, A., & Larsson, P-G. (2010). Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the perinatal grief scale. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 115, 201-209.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth*, 31, (2), 138-142.
- Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 531-545.
- Corbet-Owen, C., & Kruger, L-M. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19, (4), 411-427.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Defrain, J., Millspaugh, E., & Xie, X. (1996). The Psychosocial Effects of Miscarriage: Implications for Health Professionals. *Families, Systems & Health*, 14, (3), 231-247.
- Evans, L., Lloyd, D., Considine, R., & Hancock, L. (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: a hospital based study. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 42, (2), 155-160.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematisk litteraturstudie: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (2 uppl.)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L., & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health and Illness*, 29, (7), 1003-1022.
- Geller, P-A., Psaros, C., & Kornfield, S-L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want?. *Archives Women's Mental Health*, 13, 111-124.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R.D., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies*, 33, 1-29.
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trust worthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Hovatta, O., & Landgren, B-M. (2002). *Kvinna din hälsa din kropp ditt välbefinnande*. Stockholm: Albert Bonniers förlag AB
- Kong, G. W. S., Lok, I. H., Lam, P. M., Yip, A. S. K., & Chung, T.K.H. (2010). Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 50, 562-567.
- Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J P., & Lills, P (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100
- Matthew, V. (2007). Our first child was incompatible with life: Understanding Miscarriage as a lived experience. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research January*, 12, (2), 1415-1428.
- Mccreight, B-S. (2008). Perinatal loss: A qualitative study in northern Ireland. *Journal of Death and Dying*, 57, (1), 1-19.
- Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv (2 uppl.)*. Stockholm: Liber
- Paton, F., Wood, R., Bor, R., & Nitsun, M. (1999). Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in London hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, (3), 301-315.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Rowlands, I-J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafending': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, (3), 274-286.
- Simmons, R., Sigh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the national women's health study. *Social Science & Medicine*, 63, (7), 1934-1946.
- Socialstyrelsen. (2010). *Aborter 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk författningssamling. Abortlagen, 1974: 595: Socialdepartementet.
- Svensk författningssamling. Hälso – och sjukvårdslag, 1982:763: Socialdepartementet.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtat den 14 mars 2012 från http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing (2 uppl.)*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Weström, L., Åberg, A., Andersson, E., & Andersson, U-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi*

(3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

White, H., & Bouvier, D. (2005). Caring for a patient having a miscarriage. *Nursing2005*, 35, (7), 18-19.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Wojnar, D. M., Swanson, K. M., & Adolfsson, A. (2011). Confronting the inevitable: A conceptual model of miscarriage for use in clinical practice and research. *Death Studies*, 35(6), 536-558.

Wong, M. K.Y., Crawford, T-J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 - Artikelsök

Bilaga 2 - Kvalitetsprotokoll

Bilaga 3 - Exempel på analysförfarande

Bilaga 4 - Artikelöversikt

Bilaga 1 – Artikelsök 1(5) - De med parantes i kolumnen ”Valda artiklar” är artiklar funna i en tidigare sökning

CINAHL

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
120201 Sökning (1)	Abortion, Spontaneous	531	0
120201 Sökning (2)	Nurse- Patient Relations	5192	0
120201 Sökning (3)	Communication	29322	0
120201 Sökning (4)	Support, Psychosocial	9710	0
120201 Sökning (5)	Nursing care	44853	0
120201 Sökning (6)	Nurse- Patient Relations OR Nursing care OR Support, Psychosocial OR Communication	80879	0
120201 Sökning (7)	Grief	1000	0
120201 Sökning (8)	Bereavement	1850	0
120201 Sökning (9)	Personal loss	211	0
120201 Sökning (10)	Grief OR Bereavement OR Personal loss	1985	0
120201 Sökning (11)	Life experiences	3139	0

Bilaga 1 - Artikelsök 2(5) - De med parantes i kolumnen ”Valda artiklar” är artiklar funna i en tidigare sökning

CINAHL

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
120201 Sökning (12)	Nurse- Patient Relations AND Communication	1250	0
120201 Sökning (13)	Sökning (12) AND Abortion, Spontaneous	0	0
120201 Sökning (14)	Life experiences AND Abortion, Spontaneous	5	2
120201 Sökning (15)	Sökning (10) AND Abortion, Spontaneous	36	2 (1)
120201 Sökning (16)	Sökning (6) AND Sökning (1) Abortion, Spontaneous	56	3 (2)
120201 Sökning (17)	Abortion spontaneous AND Support, Psychosocial	22	1 (3)

Bilaga 1 – Artikelsök 3(5) - De med parantes i kolumnen ”Valda artiklar” är artiklar funna i en tidigare sökning

MEDLINE

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
120201 sökning (1)	Abortion, Spontaneous	1901	0
120201 Sökning (2)	Grief	1258	0
120201 Sökning (3)	Bereavement	2117	0
120201 Sökning (4)	Grief OR Bereavement	2117	0
120201 Sökning (5)	Nurse- Patient Relations	6204	0
120201 Sökning (6)	Nursing	36578	0
120201 Sökning (7)	Women’s health services	1163	0
120201 Sökning (8)	Social support	14281	0
120201 Sökning (9)	Communication	81122	0
120201 Sökning (10)	Communication OR Social support	93963	0
120201 Sökning (11)	Nurse- Patient Relations OR Nursing OR Women’s health services	40651	0

Bilaga 1 – Artikelsök 4(5) - De med parantes i kolumnen ”Valda artiklar” är artiklar funna i en tidigare sökning

MEDLINE

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
120201 Sökning (12)	Sökning (10) AND Nurse- Patient Relations	1892	0
120201 Sökning (13)	Sökning (4) AND Nurse- Patient Relations	103	0
120201 Sökning (14)	Sökning(11) AND Abortion, Spontaneous	34	(3)
120201 Sökning (15)	Sökning (10) AND Abortion, Spontaneous	3	(1)
120201 Sökning (16)	Sökning (13) AND Abortion, Spontaneous	6	(1)
120201 Sökning (17)	Grief, Bereavement AND Abortion, Spontaneous	45	(3)

Bilaga 1 – Artikelsök 5(5) - De med parantes i kolumnen ”Valda artiklar” är artiklar funna i en tidigare sökning

PSYCHINFO

Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
120204	Spontaneous Abortion	370	0
120204	Experience	59219	0
120204	Emotional support	1801	0
120204	Nurs*	30510	0
120204	Spontaneous abortion AND experience AND Nurs*	22	3 (1)
120204	Spontaneous abortion AND Emotional support	28	1 (1)

MANUELL SÖKNING

Sökdatum	Titel	Valda
120204	<i>A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team.</i> Michael K Y Wong, M., Crawford, T-J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003).	1

Bilaga 2 - Kvalitetsprotokoll

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Modifierat efter: Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Beskrivning av studien				
Tydlig avgränsning/ problemformulering	Ja	Nej	Vet ej	
Patientkaraktistiska	Antal.....			
	Ålder.....			
	Man/ Kvinna.....			
Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej	
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej	
Urval				
	- Relevant?	Ja	Nej	Vet ej
- Strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej	
Metod för				
	- Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
	- Datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
- Analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej	
Giltighet				
	- Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
	- Råder datamättnad?	Ja	Nej	Vet ej
- Råder analysmättnad?	Ja	Nej	Vet ej	
Kommunicerbarhet				
	- Redovisas resultatet klart och	Ja	Nej	Vet ej

tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?			
Genereras teori?	Ja	Nej	Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra	Dålig	Medel
-----	-------	-------

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign.)

Bilaga 3 - 1(2) Exempel på analysförfarande

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kodning	Underkategori	Kategori
Many women complained about insensitive and unsympathetic care from medical personnel (Corbet-Owen & Kruger, 2001).	Kvinnor klagade över okänslig och osympatisk vård	Okänslig och osympatisk vård	Sjukvårdspersonalen visade inte empati	Empati
‘...All the nurses...they cared for me...they knew what I was going through...’ (Corbet-Owen & Kruger, 2001).	Sjuksköterskorna brydde sig om henne de visste vad hon gick igenom.	Sjuksköterskorna brydde sig om henne	Sjukvårdspersonalen visade empati	
Women made comments about medical staff who were not conscious of their individual physical and emotional needs... (Rowlands & Lee, 2010).	Personalen var inte medvetna om patienternas fysiska och emotionella behov.	Personalen såg inte deras fysiska och emotionella behov	Fysiska och emotionella behov möttes inte	Brist på omsorg
.. Some women described feeling left alone... ‘ I didn’t see any members of staff; ...’I didn’t see any members of staff nobody came in to... talk to you. It would be good perhaps if somebody did go in (Murphy & Merrell, 2009).	Känslor av att vara lämnade ensamma, personal sågs inte till och kom inte in för att samtala.	Lämnade ensamma, personal sågs inte till	Kvinnorna lämnades ensamma	
‘...really felt that it needed to be ACKNOWLEDGED I felt that by ignoring it, people were never born and they never really existed... really used to frustrate me (Corbet-Owen & Kruger, 2001).	Händelsen behövde uppmärksammas mer, lämnade känslor av frustration då de inte uppmärksammades.	Behovet av att händelsen uppmärksammades.	Missfallet bekräftades inte	

Bilaga 3 - 2(2) Exempel på analysförfarande

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kodning	Underkategori	Kategori
The doctor explained and reassured me that I couldn't have caused it (Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia, 2007).	Läkaren förklarade och försäkrade att patienten förstod	Förklarade och försäkrade patienten	Förklaringar gavs	Information
Medical staff were abrupt in manner when informing them that their baby had died (McCreight, 2008).	Personalen var abrupt när information gavs om att barnet hade dött	Abrupt när information gavs	Informationen gavs på fel sätt	
They were unhappy with the lack of information from medical professionals (Rowlands & Lee, 2010).	De var inte nöjda med informationen som gavs	Bristfällig information	Brist på information	

Bilaga 4 - 1(4) Arikelöversikt

Författare/land	Titel	Tidskrift	Syfte/ problem	Metod	Resultat	Bedömning
Ingrid Jean Rowlands och Christina Lee / Australien/ Cinahl	'The silence was deafending': social and health service support after miscarriage	Journal of Reproductive and Infant Psychology, (2010).	Att belysa hur kvinnor som genomgått ett missfall bäst kan stödjas av samhället.	En kvalitativ intervju studie med 9 kvinnor som genomgått ett missfall inom de 2 senaste åren.	Kvinnorna upplevde brist på empati, stöd och information av sjukvårdspersonal, Många brister med sjukvård och samhällsstöd kom fram.	HÖG 86%
Fiona Murphy och Joy Merrell/ Storbritannien/ Cinahl	Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage	Journal of Clinical Nursing, (2008).	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelse av att få ett tidigt missfall på en gynekologisk avdelning.	En kvalitativ studie med observationer och intervjuer med 8 kvinnor som genomgått ett tidigt missfall samt med 13 sjuksköterskor och 3 läkare.	Tre huvudkategorier kom fram, det förta tecknet på missfall och att få det bekräftat, att förlora barnet och hur det var efter missfallet. Sjukvårdens betydelse spelade stor roll och påverkade kvinnornas upplevelse av missfallet.	HÖG 92%

Bilaga 4 - 2(4) Artikelöversikt

Författare/Land	Titel	Tidskrift	Syfte / problem	Metod	Resultat	Bedömning
Carina Corbet-Owen och Lou-Marie Kruger/Sydafrika/Cinahl	The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss	Families, Systems & Health, (2001).	Syftet var att undersöka vad missfallet hade för betydelse för kvinnorna och vilka emotionella behov de hade efter missfallet.	Studien var en del av en annan större kvalitativ studie. 8 Kvinnor intervjuades från varierande bakgrund.	Kvinnorna upplevde missfallet olika beroende på om det var en önskad graviditet eller inte men kvinnorna hade liknande behov direkt efter missfallet oavsett om graviditeten var önskad eller inte.	MEDEL 79%
Paula Gerber-Epstein, Ronit D. Leichtentrit, och Yael Benyamini /Israel/ Cinahl	The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices	Death Studies, (2009).	Studiens syfte var att förstå och ge kvinnorna chans att uttrycka sig om sina upplevelser av missfallet.	En kvalitativ intervjustudie av 19 kvinnor som genomgått missfall.	Fem teman kom fram, Ju större glädje över graviditeten ju större sorg över förlusten, intensiteten av förlusten, stöd, livet efter missfallet och rekommendationen till sjukvårdspersonal.	MEDEL 79%

Bilaga 4 - 3(4) Artikelöversikt

Författare/Land	Titel	Tidskrift	Syfte/ Problem	Metod	Resultat	Bedömning
Julia Frost, Harriet Bradley, Ruth Levitas, Lindsay Smith och Jo Garcia / Storbritannien/ Psycinfo	The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage	Sociology of Health & Illness, (2007).	Syfte med studien var att undersöka 79 kvinnors upplevelse av tidiga missfall.	Är en del av en tidigare kvalitativ studie, 79 kvinnor intervjuades.	Resultatet visade att kvinnor sörjde missfallet länge eftersom att det inte fanns utrymme för dem i samhället att få sörja sitt missfall då det inte ses lika stort som att förlora ett barn efter födelsen.	HÖG 86%
Bernadette susan mccreight/ psycinfo/ Irland	Perinatal loss: A qualitative study in northern Ireland	Omega, (2008).	Att belysa upplevelsen av kvinnor som genomgått ett missfall och dödfött barn samt deras omvårdnadsbehov.	En kvalitativ studie med intervjuer på 23 kvinnor.	Kvinnorna upplevde missfallet som sorgfullt, ångestfult och smärtsamt. De ville få sina känslor bekräftade och de upplevde att det emotionella stödet på sjukhusen hade brister.	MEDEL 72%

Bilaga 4 - 4(4) Artikelöversikt

Författare/Land	Titel	Tidskrift	Syfte / problem	Metod	Resultat	Bedömning
Michael K Y Wong, Trevor J Crawford, Linda Gask och Anne Grinyer/ manuell/ Storbritannien	A Qualitative investigation into women's experience after miscarriage: implications for the primary health care	British Journal of General Practice, (2003).	Syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelse av omvårdanden vid missfall.	En kvalitativ studie där frågeformulär och intervjuer gjordes på patienter och på sjukvårdspersonal. Frågeformulär skickades ut till 82 kvinnor och 22 blev intervjuade samt tre fokusgrupper med sjukvårdspersonal.	Sju teman framkom i resultatet som karakteriserar patienternas upplevelse och omvårdnadsbehovet. Behov av uppföljningsplaner, dålig förståelse för vad som händer, behov av mer information och svar, normalisering av missfall av primärvården, skuld och falska förhoppningar ojämn vårdstandard och färdigheter samt förslag till förbättringar.	MEDEL 79%

www.bth.se

BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA

Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00